

La libertad es fiebre. Un dispositivo de promoción cultural y de la salud en un comedor de La Boca

Por Julieta Briglia, Nicolás Javier Omar Coliqueo, María Ayelén Gallini, María Belén Montenegro, Mario Rolón y María Agustina Sestelo

Julieta Briglia. Licenciada en Terapia Ocupacional en CeSAC N° 9 "Beatriz Leonor Perosio" Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (Gobierno Ciudad de Buenos Aires). Ex residente del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Integrante del Capítulo de Salud Mental de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional. Supervisora de residentes de TO del GCBA y Referente Local de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud del Área Programática del Hospital Argerich (Argentina).

Nicolás Javier Omar Coliqueo. Médico Especialista en Medicina General y Familiar en CeSAC N° 9 "Beatriz Leonor Perosio" Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (GCBA). Ex residente y jefe de residencia de Medicina General, Integral y Comunitaria - Medicina Familiar, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.

María Ayelén Gallini. Licenciada en Trabajo Social en CeSAC N° 31, Área Programática del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Ex residente de Trabajo Social en Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.

María Belén Montenegro. Licenciada en Comunicación Social. Instructora de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) en Hospital General de Agudos E. Tornú. Ex residente RIEPS del Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina.

Mario Rolón. Licenciado en Enfermería en CeSAC N° 9 "Beatriz Leonor Perosio" Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (GCBA). Ex residente en Enfermería General y Comunitaria en CeSAC 24 "Eva Perón", Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Argentina.

María Agustina Sestelo. Médica. Ex residente de Medicina General, Integral y Comunitaria - Medicina Familiar, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.

Introducción

“El karma de vivir al sur”

Una de las formas de organización del trabajo en los CeSACs **-I-** del Área Programática del Hospital Argerich es mediante equipos territoriales, los cuales realizan abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

El CeSAC N° 9 se organiza en 5 equipos de área que tienen a su cargo un territorio definido, con la intención de sostener un sistema de referencia entre profesionales y usuarios (De Sousa Campos, 2009) a través del acompañamiento de sujetos y familias en situaciones de vulnerabilidad biopsicosocial y la realización de actividades preventivo-promocionales. Esta dinámica de trabajo implica que los equipos asuman la responsabilidad de las problemáticas de salud de un territorio previamente delimitado.

Como sostiene Bang (2013), cada territorio es singular, por lo que se requiere de dispositivos flexibles y permeables para generar intervenciones que puedan incluirse en la red comunitaria ya existente. La permanencia del trabajo con intervenciones en un mismo territorio resulta

fundamental para la generación de vínculos de confianza con las personas que habitan allí, así como para el conocimiento progresivo de sus características y problemáticas, reconociendo a las personas como sujetos sociales y subjetivamente constituidos.

El barrio de La Boca (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) se caracteriza por presentar altos niveles de pobreza, lo que conlleva una fuerte inequidad en el acceso a bienes y servicios. Una de las principales problemáticas es la vulnerabilidad habitacional, comprendida por personas viviendo en situación de calle, numerosos desalojos en curso y las condiciones de inhabilitación en que se encuentran los conventillos. Es importante señalar que el barrio se encuentra atravesando un proceso de “gentrificación”, es decir, una reconversión de la configuración social con el fin de cambiar su perfil y atraer a población de alto poder adquisitivo, provocando la expulsión y desplazamiento de sus históricos habitantes (por encarecimiento de viviendas, servicios públicos, alimentos, etc.). Este proceso se intensificó a partir del proyecto "Distrito de las artes" -2- aprobado por la ley 4353 a fines de 2012, de tal manera que actualmente tenemos en el barrio más de 150 desalojos en curso, muchos de los cuales están concentrados en la zona de Caminito.

Por otro lado, existen muchas organizaciones sociales y políticas funcionando en el barrio, las que abordan algunas de las demandas y necesidades barriales. Es junto a ellas que consideramos que debemos llevar a cabo nuestro trabajo para salir de una lógica de atención reduccionista de las problemáticas de salud e ingresar al terreno de la participación popular y el abordaje desde una perspectiva integral, sobre todo de aquella población que no accede al CeSAC.

La presente experiencia consiste en el trabajo realizado a partir de un equipo (área 2 “Caminito”) que implicó la construcción de un dispositivo preventivo - promocional en articulación con el comedor comunitario “Unión de Madres”. Se decidió trabajar con esta organización debido a las características de la población que concurre al mismo: un gran porcentaje son hombres jóvenes con alta vulnerabilidad biopsicosocial, muchos de ellos en situación de calle, lo que suele involucrar la ruptura o fragilidad de los vínculos y producir grandes dificultades para cubrir necesidades materiales, simbólicas y afectivas, impidiéndole el acceso a sus derechos.

La llegada del equipo de salud al comedor

“Hablando de la libertad”

“Callando nos moríamos, sin palabra no existíamos. Luchamos para hablar contra el olvido, contra la muerte, por la memoria y por la vida. Luchamos por el miedo a morir la muerte del olvido... es necesario hacer un mundo nuevo. Un mundo donde quepan muchos mundos, donde quepan todos los mundos...”

(Subcomandante Marcos. Enero 1996)

El dispositivo se inició en julio de 2016 con una frecuencia quincenal de 18 a 20:30, horario en que funcionaba la institución. Participaron del equipo tres profesionales de planta (enfermero, terapeuta ocupacional y médico generalista) y cuatro residentes (comunicadora social, médica generalista, terapeuta ocupacional y trabajadora social). Para el armado del dispositivo tuvimos varias reuniones con los referentes del comedor, para acercarnos a la población y conocer las necesidades e inquietudes que presentaban. Coincidimos en que nuestro objetivo general sería

ampliar la accesibilidad a la salud desde una perspectiva integral, creando condiciones para que la población accediera y utilizara diversos recursos institucionales, culturales y simbólicos.

Se priorizó trabajar con recursos que promovieran la actividad colectiva y la experiencia artística, intentando ubicarnos desde un rol de "facilitadores" de las dinámicas que surgían espontáneamente y como "sostén" de las narrativas y situaciones en cada encuentro.

El encuadre fue flexible en tiempos y espacios, con la premisa de que "participa quien quiere, cuando quiere". El ser un equipo con varios profesionales nos permitió dividirnos espacialmente y trabajar paralelamente, de manera individual o en grupos, en función de las necesidades, deseos y propuestas que fueron surgiendo.

Las primeras demandas se relacionaron con la entrega de turnos (para odontología, medicina general, etc.), a los que -en general- las personas no concurren. Como estrategia para facilitar la asistencia, se ampliaron los horarios de atención. Paralelamente se trabajó en correr el eje respecto de que nuestra presencia en el espacio como integrantes de un equipo de salud estuviera únicamente asociada a la entrega de turnos. Esto implicó la necesidad de ubicarnos en otro lugar, diferente a la perspectiva biologicista de la salud que nos atravesaba, tanto al equipo de salud como a la población con la que trabajamos -3-.

¿Por qué elegimos vincularnos e intervenir desde lo artístico?

"Cuando el arte ataque"

El autor brasileño Santos (2000 en: Gomes, C. 2010) propone que muchas prácticas culturales pueden constituir auténticas formas de ocio popular, representativas del pueblo haciendo cultura y, especialmente por eso, hacer política al ser una herramienta contrahegemónica que podrá motorizar importantes cambios sociales.

En la experiencia relatada nos propusimos favorecer reflexiones y acciones sobre los cuidados de la salud (contemplando el acceso a otros derechos) -4-, entendiendo que "*cualquier modalidad de salud (...) tiene al menos dos vertientes: la clínica y la política*" (Ulloa, 2011: 117). Respecto de nuestra apuesta política, quisimos ampliar el territorio de potencias de cada participante, a partir de los encuentros con lxs otrxs, con la música, la poesía, la plástica, con sus múltiples devenires en la experiencia artística.

Como planteamos anteriormente, la tendencia "natural" de los participantes, sobre todo en un primer momento, era ubicarse en un rol de pacientes, por lo que en las conversaciones se hacía foco casi exclusivamente en aquellas cuestiones que generaban malestares físicos y/o psíquicos. A partir de la generación de otras dinámicas, compartiendo instrumentos y materiales (hojas, lapiceras, pinturas, guitarra), y al empezar a darle lugar a las resonancias e historias de vida -con sus claros y oscuros- el dispositivo fue mutando. Las intervenciones de cada unx de lxs profesionales procuraban dar espacio a las temáticas que traía cada participante, utilizando como facilitador el tejido vincular que se iba armando, y rescatando y habilitando la diversidad de potencialidades que comenzaron a aflorar.

El armado de un festival artístico a fin de año fue fundamental para ponernos a trabajar en una meta en común, junto a lxs referentes y participantes del comedor. El acto de preguntarnos qué podía aportar cada uno desde su lugar fue el eje sobre el que empezamos a ensayar y encauzar nuestras producciones. Sumamos al grupo a dos músicos, los que promovieron un clima distinto al que estábamos acostumbrados. La música en vivo, el reencontrarse con un instrumento, generó en

lxs participantes una conexión sensible consigo mismos y con su entorno, habilitando aspectos desde el plano afectivo que no suelen aflorar y son mal vistos desde la perspectiva de las masculinidades hegemónicas que sostienen que *la emocionalidad* es una debilidad o una esfera pura y exclusivamente privativa a las mujeres.

Desarmando estereotipos

“La vida en un barrio es así, y pocos son los que van a zafar”

Es posible vislumbrar que a través de las políticas públicas se produce una definición “legítima” de los problemas sociales, así como se define a los sujetos “merecedores” de su intervención y las “condiciones” de dicho merecimiento. En este sentido, el sistema público sanitario históricamente ha priorizado la atención de la población materno-infantil, lo que continúa hoy en día reflejándose en los dispositivos asistenciales existentes, diseñados mayormente para responder a las necesidades de esa población. Los atravesamientos de género construyen distintas percepciones acerca del cuerpo, que condicionan las formas en que hombres y mujeres podemos percibir el cuidado del mismo. La construcción de la masculinidad hegemónica implica *“un cuerpo activo y resistente, por lo tanto un cuerpo que sabe exponerse a riesgos, que busca respeto mediante la violencia, enfrentándose a otros”* (Pais Andrade; 2017). Desde estas representaciones, el cuidado de la salud es una práctica que se percibe feminizada, lo que genera que los varones adultos concurren a los servicios sanitarios mayormente ante eventos relacionados con la urgencia médica. Esta situación se agudiza en condiciones de vulnerabilidad social, por estar expuestos a eventos nocivos para su salud, con escaso margen para prácticas preventivas y dificultades para sostener tratamientos prolongados en las situaciones en que estos se requieren (Heekerk y otros, 2009), como es el caso de los participantes del comedor en el que trabajamos.

A partir del reconocimiento de estos condicionantes, y en función de los mismos, se buscó ampliar los márgenes de accesibilidad. Entendemos que la accesibilidad tiene múltiples dimensiones: la económica, geográfica y simbólica. Esta última posee una dimensión subjetiva y su funcionamiento remite a la articulación de dos actores fundamentales: los sujetos y los servicios del sistema de salud (Comes, 2006). Se buscó fuertemente trabajar sobre la dimensión subjetiva de la accesibilidad, tejiendo nuevos lazos entre los sujetos y el equipo de salud. En este sentido, la oferta de recursos artísticos buscó dar espacio para la expresión de saberes latentes que se disparan en un plano afectivo corporal: cantantes de tango, actores, poetas, fueron identidades que surgieron a partir del dispositivo, alterando la habitual rutina y generando nuevas formas de habitar el espacio.

Marcas de una experiencia colectiva

“Vamos a buscar la luz”

“Cuando focalizamos un tema –cualquiera sea, pero, sobre todo, cuando nos referimos a asuntos relativos al campo de la salud–, observamos que reúne un nivel de complejidad muy grande, exigiéndonos diversas miradas para explicarlo y entenderlo: aspectos históricos (ningún fenómeno está suelto en el mundo), contextuales, dimensiones estructurales, relacionales, regularidades,

singularidades y, generalmente, intervenciones de los sujetos y sus interpretaciones en la producción de la realidad”

(Minayo, 2008: 5-8)

La puesta en marcha del dispositivo permitió la creación de vínculos con una población con poco acceso al CeSAC en particular y con el sistema de salud en general. Esto habilitó el seguimiento de situaciones complejas y, al mismo tiempo, la construcción conjunta de demandas entre el personal de salud y lxs participantes. Paralelamente a las propuestas artísticas, y en simultáneo, se realizaron distintas charlas sobre autocuidado, violencias, salud sexual y derechos.

La actividad artística instauró nuevas prácticas subjetivantes, ayudando a rescatar la cultura popular y delineando otras formas de estar en el comedor. Pensamos que la accesibilidad no sólo significa efectivizar una consulta, sino que existe un eje en lo vincular que permite el acompañamiento de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y la construcción de momentos lúdicos y creativos que impactan directamente en la salud de lxs participantes y de nosotrxs como profesionales de la salud. Por lo cual, resaltamos que la experiencia sensible ayudó a conectar a los participantes con su entorno, permitiendo efectos sobre sus cuerpos (Guattari; Rolnik, 2006) y, al mismo tiempo, ofreció otros espacio-tiempos en los que armar preguntas, explicaciones y desarmar modos habituales de lidiar con ciertas situaciones cotidianas (Mecca, Dias de Castro, 2009).

Como venimos planteando a lo largo del escrito, nuestra apuesta ético política tiene que ver con promover nuevos procesos de singularización en una población que generalmente está marcada por la exclusión y la homogeneización. De este modo, nuestra mirada hizo hincapié en las particularidades de cada unx de lxs participantes que se embarcaron en un determinado hacer, casi siempre entramado en un trabajo en grupo. El marco colectivo se sostuvo como construcción frente al aislamiento, abriendo la posibilidad de compartir esos mundos singulares que se iban esbozando en cada propuesta.

Estas actividades han permitido acercamientos del equipo de salud desde un contexto diferente que quiebra las representaciones sociales de lxs unos y lxs otrxs y, de algún modo, subvierte las relaciones de poder-saber que suelen estar implícitas en este vínculo, lo cual establece nuevos marcos de acción .

***Mi amor, la libertad es fiebre,
es oración, fastidio y buena suerte***

Notas

-1- CeSAC. Centros de Salud y Acción Comunitaria (orientados a la Atención Primaria), dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-2- El “Distrito de las Artes” es un proyecto incentivado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que delimita los barrios de La Boca, San Telmo y Barracas como “zona de tradición artística y turística”, generando beneficios fiscales para los grandes capitales que inviertan en esta zona, en dicho rubro. En el marco de este proceso se revaloriza la venta inmobiliaria del territorio, lo que

deriva en transferencias de capital a los grandes grupos económicos. Para mayor referencia, ver bibliografía.

-3- La lógica hegemónica en el campo de la salud vinculada al Modelo Médico Hegemónico, con sus características de biologismo, ahistoricidad y asocialidad (Menendez; 1988), están presentes en representaciones de nuestra sociedad, e inciden en las demandas que construye la población hacia los equipos de salud.

-4- “El nivel de salud está asociado no sólo a la atención médica, sino a la satisfacción del conjunto de necesidades de las personas, tales como alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente” (CABA, Ley 153 Art.3 inc. a).

Bibliografía

Bang, C. (2013) “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas” en *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl>

Caponi, S. (2006) “La salud como apertura al riesgo” en: Czeresnia, D. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias. Ed. Lugar Buenos Aires pp.65-91.

Comes Yamila y otras (2006): “El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios”. Facultad de Psicología, UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / Volumen XIV. Buenos Aires.

De Sousa Campos, G.W., (2009) “Gestión en Salud. En defensa de la Vida” Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires

Ferrara, F.: (1985) “Teoría social y salud” en Programa de Salud Pública y Comunitaria CIEE y FLACSO – Argentina. Modulo 1. Disponible Web: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>

Guaratti, F. y Rolnik, S. (2006) “Micropolítica. Cartografía del deseo”. España. Ed. Traficante de Sueños.

Gomes, C. (2010) “Ocio, recreación e interculturalidad desde el ‘Sur’ del mundo: desafíos actuales”. Revista Latinoamericana Polis N° 26 disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/236?lang=es>

Menendez, E., (1988) “Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria de la Salud” Segunda Jornada de Atención Primaria de la Salud: del 3 de abril al 7 de mayo. Argentina. Disponible en: www.psi.uba.ar

Ley N° 153- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley N° 448- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

Ley 4353, disponible en <http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley4353.html>.

Minayo, M.C.S.(2008) “Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud”. [Editorial]. Salud Colectiva. 4(1):5-8. Río de Janeiro.

Pais Andrade, M., Nebra, J., Del Valle, C., Alegre N., Vicente E. (2017) “Construcción de Masculinidad(es) para una comunicación e intervención social hacia la igualdad” Curso Virtual. Argentina. Unidad N° 3. Trabajo Social Investiga. Asociación Civil comunicar para la igualdad. Trabajo Social Investiga. UBA/CONICET. CABA

Rovere M. (2006) “*Educación en Salud Pública; Relevancia, Calidad y Coaliciones Estratégicas*”. Argentina. Publicación OPS/OMS

Spinelli H.(2016) “*Volver a pensar en salud: programas y territorios*”. Argentina. Salud Colectiva. 12(2) pp. 149-171

Ulloa, F. (2011) “*Salud ele-Mental Con toda la mar detrás*”. Argentina. Ed. Libros del Zorzal